X7

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

N° 86

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Mademoiselle GLOTAIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'APPENDICITE

SURVENANT

AU COURS DE LA PUERPUÉRALITÉ

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER.
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	Pierre MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	Aug. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
Clinique médicale	ROGER.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET.
	QUENU.
	N.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice.

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT		RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. le Professeur RIBEMONT DESSAIGNES

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur OLLIVE

Médecin des hôpitaux
Professeur de clinique médicale à l'École de Médecine

Que nous sommes heureux de remercier de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter au cours de nos études.

Témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur GUILLEMET

Professeur de clinique obstétricale à l'École de Médecine

Qui nous inspira le sujet de cette thèse et nous aida de ses conseils.

Témoignage de notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur EMILE BUREAU
Monsieur le Professeur VIGNARD
Monsieur le Docteur BRELET

Dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe.

Monsieur le Docteur LE MAIGNEN
M. le Docteur MATROT
Monsieur le Docteur BECIGNEUL
Monsieur le Docteur AUBRY
Monsieur le Professeur GILBERT SOURDILLE
Monsieur le Professeur MAURICE BUREAU
Monsieur le Professeur POISSON
Monsieur le Docteur FAVREUL
Monsieur le Docteur GROSSE

Dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne.

Témoignage de notre profonde gratitude.

A MA MÈRE

Témoignage de ma plus affectueuse reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'APPENDICITE

SURVENANT

AU COURS DE LA PUERPUÉRALITÉ

INTRODUCTION

Il nous a été donné pendant notre internat à la Maternité clinique, dans le service de M. le professeur Guillemet, d'observer un cas d'appendicite suraiguë survenant quelques heures après l'accouchement.

Nous avons pu nous convaincre de la difficulté du diagnostic et de la gravité qui en découle.

Cette observation que nous rapportons détaillée en fait foi.

OBSERVATION (personnelle)

Mme B..., 20 ans, secondipare, entre à la maternité clinique le 3 octobre 1913.

Dans ses antécédents personnels, on note au point de vue génital que la malade fut réglée à 14 ans, ses règles furent toujours normales. On ne trouve pas trace d'infection gonococcique.

En 1912 elle eut une grossesse normale suivie d'un accouchement à terme ; les suites de couches furent simples.

Au point de vue pathologique la malade signale vers l'âge de 18 ans des crises douloureuses abdominales accompagnées de vomissements, qui durèrent plusieurs mois et que la malade rapportait à une affection gastrique.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade est enceinte de huit mois, elle est examinée au point de vue obstétrical et on trouve un utérus dont le fond est à 33 centimètres de la symphyse pubienne.

Les parois abdominales sont souples, le palper facile, on constate que la tête est en bas, non engagée en position transversale, le dos à gauche.

Le bassin est normal.

La grossesse actuelle a évolué jusqu'à terme sans aucun incident.

Pas de troubles digestifs, pas de douleurs abdominales, pas de constipation, pas d'albuminurie.

Le 4 novembre, vers 13 heures, la malade accuse des douleurs très vives dans tout le ventre. Le toucher vaginal ne montre cependant aucun début de travail ; le col est ramolli mais n'est pas effacé.

La malade prend un bain prolongé, une heure environ, et les douleurs se calment.

L'après-midi et la première partie de la nuit se passent sans que les douleurs reparaissent.

Vers une heure du matin le 5 novembre la malade souffre de nouveau, un peu moins cependant que la veille. Elle descend à la salle de travail. La poche d'eau se rompt. La dilatation est de 5 centimètres ; une heure et demie après, expulsion de l'enfant.

Extraction simple du placenta à trois heures ; le placenta pèse

450 grammes ; il est intact ; les membranes sont complètes.

La quantité de sang perdue est normale.

L'accouchée est très bien, elle ne ressent aucune fatigue, le travail a duré à peine deux heures.

A 7 h. 1/2 du matin, c'est-à-dire quatre heures après l'accouchement, la température est de 38°6, le pouls à 120, la malade n'accuse aucune douleur spontanée ; le ventre est douloureux au palper plus particulièrement au niveau de l'hypogastre, la pression au point de Mac Burney ne réveille pas de douleur vive.

Nous n'observons pas de défense musculaire appréciable ni d'hypéresthésie cutanée.

A 9 heures 1/2 les phénomènes s'aggravent, la température est de 39°5, le pouls est de 150, le faciès est grippé, les yeux cernés, le ventre est légèrement ballonné et de plus la malade vomit ; les vomissements sont porracés.

Devant ce tableau clinique on écarte de suite l'hypothèse d'une rupture utérine étant donnée la grande élévation thermique.

Le diagnostic qui s'impose est celui de péritonite généralisée suraiguë et étant donné l'absence d'antécédents appendiculaires ou salpingiens on pense plutôt à une septicémie puerpuérale.

En conséquence on injecte à la malade 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Marmorek et on lui administre de l'aniodol interne.

Vers le soir les phénomènes semblent s'amender légèrement, la température est de 38°6, le pouls reste rapide à 150, les vomissements sont espacés.

Le lendemain matin 6 novembre l'état semble désespéré, les symptômes s'aggravent rapidement, le ventre se ballonne de plus en plus, les vomissements sont incessants, le pouls est filiforme, la température à 40°.

Le soir la malade est agonisante et elle succombe dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, un flot de liquide purulent s'échappe répandant l'odeur caractéristique du pus à colibacille.

Une fois ce liquide ressemblant à du bouillon sale évacué, l'utérus et les anses intestinales nous apparaissent recouverts de fausses membranes jaunâtres ; ces fausses membranes sont très abondantes surtout dans la portion droite de la cavité abdominale.

On récline l'utérus et l'on découvre, entièrement caché par lui, logé profondément dans le petit bassin, un appendice gros, tuméfié, long de 10 centimètres, portant des plaques de sphacèle et présentant à son extrémité libre une perforation de 1 centimètre.

L'appendice ne contient pas de calculs, il ne présente pas de points rétrécis.

L'examen de l'utérus et des annexes ne révèle rien de pathologique. La cavité utérine contient quelques caillots sans odeur ; la plaie placentaire présente un aspect normal.

Nous nous trouvons donc en présence d'une péritonite suraiguë, d'origine appendiculaire méconnue, mais dont le diagnostic certain était à peu près impossible.

Fortement impressionnée par ce cas, nous eûmes l'idée de rechercher dans la littérature les cas analogues, puis étendant le cadre de nos recherches, nous avons étudié les rapports de l'appendicite avec l'état puerpéral.

C'est le résultat de nos études, les conclusions que nous crûmes pouvoir tirer que nous vous soumettons aujourd'hui.

HISTORIQUE

Le premier cas qui puisse se rattacher à notre étude est celui rapporté par Korn en 1885 à la Société de Gynécologie de Dresde qui a l'autopsie d'une femme morte de péritonite à la fin d'une grossesse, constata des lésions gangréneuses de l'appendice.

Cependant, à part ce cas, ce n'est que postérieurement au fameux mémoire de Réginold Fitz qui substitua la notion d'appendicite à la conception ancienne de la typhlite ; que les observations se multiplièrent.

En 1890-1891 des auteurs américains Stimson, Hirst, Wiggin rapportèrent plusieurs cas.

Mais il faut attendre jusqu'en 1897 pour rencontrer une observation publiée en France par Tuffier et Legendre.

En 1898 le premier travail d'ensemble apparaît dans une communication faite par le professeur Pinard à la Société d'Ostétrique de Paris. Il put alors réunir 45 cas.

Depuis, les travaux sur ce sujet se multiplièrent, tant en France qu'à l'étranger, chaque auteur apportant de nouveaux cas.

Parmi les américains, Thomason (*Médical Record*

1896), Mundé, Abrahams, Mixter, Mac Arthur (*in the American Journal of Obstétrique*, 1898).

En Allemagne, Boije réunit en sa statistique 76 cas (*in Mittal aus der Klinik von Engstrom in Helsingfors* 1903 Bd v H 1).

Stœhler en 1906 publie 28 observations nouvelles (*zentrablatt fur gynekologie* 1909 n° 50).

En France Bouiller en 1897 soutient devant la faculté de Lyon une intéressante thèse sur ce sujet.

Puis vient la thèse de Iarca (Paris 1898).

Depuis on trouve disséminées dans différentes publications des observations citées par Schwartz, Legendre, Fieux (S. O. P. G. 1900).

Le professeur Pinard en 1900 reprenant la discussion de 1898 à la société d'Obstétrique de Paris apporte de nouvelles observations (*Annales gynécologie* 1900, p. 153).

Puis Porak et Lepage publient en 1903 une observation d'appendicite survenue après l'accouchement et suivie de mort assez analogue à la nôtre.

Croste en 1906 soutint une thèse à Paris sur ce sujet.

On trouve ensuite des observations de Brindeau et Jeannin (*Annales de gynécologie* 1910, p. 238).

De Lardennois (S. O. Paris, décembre 1911). La thèse de Pénard (Paris 1914).

En novembre 1913 Delagenière publie des observations intéressantes dans les archives provinciales de chirurgie.

Enfin en mars 1914 Vautrin de Nancy publie cinq observations dans les *Annales de gynécologie*.

En résumé nous avons rencontré dans la littérature environ 150 cas publiés ; c'est l'enseignement qui découle de ces observations que nous nous sommes efforcés de consigner dans ce travail.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'appendicite pendant la grossesse ne revêt en elle-même aucun caractère très particulier et l'on retrouve tous les symptômes et les différentes formes cliniques observées en dehors de cet état physiologique.

Parmi les symptômes il faut faire une place spéciale à la douleur qui est capitale et ne fait défaut dans aucune des observations publiées. Sa violence est extrêmement variable, tantôt sourde, parfois tenace et lancinante ; dans certains cas elle revêt une grande intensité.

Le début peut être brusque ou insidieux mais il faudra attacher une grande importance à la douleur vive et passagère en coup de poignard spécifique de la perforation.

Le siège de cette douleur le plus souvent à droite peut cependant varier ; dans certains cas, la douleur est généralisée d'emblée à tout l'abdomen ; parfois elle est localisée à la région pelvienne ou dans les flancs.

La douleur provoquée siègera souvent dans un lieu éloigné du point de Mac Burney et se trouvera reportée un peu plus haut et un peu en arrière par suite du développement de l'utérus.

Les vomissements sont fréquents mais non constants et peuvent être mis aisément sur le compte de l'intoxication gravidique.

La constipation est habituelle avant la crise, mais peut être rapportée à la grossesse; pendant la crise elle est constante comme toujours et c'est ainsi que dans une observation de Vinay (*in* thèse de Bouiller) est cité le cas d'une pseudo occlusion intestinale d'origine appendiculaire.

A côté de la constipation il faut citer l'arrêt des gaz comme un symptôme à peu près constant.

Le pouls et la température qui ont une grande importance n'offrent rien de particulier du fait de la gestation.

A l'examen, la recherche de la résistance musculaire et de l'empâtement sera le plus souvent difficile à percevoir et d'autant plus qu'on se rapprochera du terme de la grossesse.

Quant aux formes cliniques, on observera comme à l'état de vacuité : la colique appendiculaire, l'appendicite à foyer localisé, l'appendicite à rechutes.

Et enfin, avec certainement une fréquence plus grande, l'appendicite avec péritonite généralisée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si les symptômes de l'appendicite pendant la grossesse n'offrent rien de très spécial chacun pris en particulier, il n'en est pas moins vrai que le tableau clinique sera généralement moins net qu'à l'état de vacuité. Et étant donné le grand nombre d'affections abdominales ayant quelques symptômes communs avec l'appendicite, le diagnostic différentiel sera toujours très délicat; d'autant plus que certains symptômes pourront être attribués à une grossesse pathologique.

Nous étudierons donc successivement le diagnostic différentiel d'abord avec les affections extra génitales et ensuite avec les affections utéro-ovariennes.

Étant donnée la déviation possible du point de Mac Burney au cours de la grossesse, nous aurons donc à différencier l'appendicite des affections rénales et hépatiques.

Colique néphrétique. — La colique néphrétique est une affection rare pendant la grossesse ; elle se reconnaîtra assez aisément au caractère de sa douleur se propageant le long de l'uretère, vers la racine de la cuisse et jusque dans la grande lèvre; d'autre part l'examen des urines et l'apyrexie habituelle nous mettrons sur la voie du diagnostic.

A côté de cet accident, il existe une maladie beaucoup plus fréquente pendant la gestation et qu'il sera plus aisé de confondre avec l'appendicite ; nous voulons parler de la pyélonéphrite.

Pyélonéphrite. — La confusion sera d'autant plus facile qu'il existe une parenté entre l'appendicite et la pyélonéphrite ; elles seraient, d'après le professeur Pinard l'une et l'autre de nature coli-bacillaire.

Et l'erreur sera d'autant plus facile qu'il existe dans les deux cas de la fièvre, une douleur abdominale, de la défense musculaire, des vomissements.

Cependant on pourra faire le diagnostic en constatant l'augmentation et la purulence des urines et il sera facile de déterminer le rein malade par la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, la séparation des urines, etc...

Rein flottant. — Nous ne citerons que pour mémoire les crises douloureuses dues au rein flottant. Celui-ci siège il est vrai plus fréquemment à droite, mais il se reconnaîtra aisément par son apyrexie. De plus, vers la fin de la gestation le rein sera maintenu en place par le développement de l'utérus.

Colique hépatique. — Parmi les affections hépatiques nous avons d'abord la colique hépatique qui, à l'encontre de la colique néphrétique, se rencontre fréquemment pendant la grossesse et les suites de couches.

On évitera l'erreur avec l'appendicite en examinant les caractères de la douleur ; ses irradiations vers l'épaule droite, par le léger subictère qui l'accompagne souvent et par son apyrexie habituelle.

Cholécystite. — Le diagnostic sera plus difficile avec

la cholécystite, affection fébrile d'origine colibacillaire également suppurée dont le point douloureux sera très voisin du foyer appendiculaire modifié quelquefois en ce sens par l'utérus gravide.

Les symptômes communs sont nombreux : douleur abdominale, vomissements, température, pouls présentent les mêmes caractères.

L'erreur est quelquefois très difficile à éviter ainsi qu'il résulte de deux observations de Stœlher et de Weber que nous rapportons à la fin de ce chapitre.

Mais si le diagnostic est impossible quelquefois, les conséquences en seront peu graves puisque dans l'un et l'autre cas l'intervention s'impose.

Beaucoup d'affections intestinales pourront être confondues avec l'appendicite.

Fièvre typhoïde au début. — Parmi les maladies fébriles : la fièvre typhoïde au début, cependant dans la plupart des cas on reconnaîtra la fièvre typhoïde à son début insidieux, à ses prodromes : céphalée, insomnie, épistaxis, etc...

Dans certains cas au contraire, les symptômes communs, douleur abdominale, fièvre, vomissements, pourront induire en erreur ainsi qu'il résulte d'une observation publiée par Abrahams, d'un cas cité par MM. Chéron et Gossin dans lequel une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde donna lieu à des symptômes d'appendicité et enfin d'une observation de Tuffier que nous rapportons.

Indigestion. — La simple indigestion, par ses vomissements qui peuvent revêtir un caractère grave et s'ac-

compagner de douleurs abdominales pourra dans quelques cas rares être confondue avec l'appendicite.

Observations de Pinard, de Bailey, etc.

Occlusion intestinale.— Il est une affection intestinale que l'on confondra plus souvent avec l'appendicite : c'est l'occlusion.

Toutes deux ont en effet des symptômes communs. L'arrêt des gaz, le météorisme abdominal, les vomissements qui prennent souvent dans l'appendicite une place prépondérante pourront être une cause d'erreur.

Cette erreur peut avoir des conséquences graves, soit en étant une cause de temporisation si le diagnostic s'oriente vers l'occlusion et qu'il s'agisse réellement d'appendicite, soit au contraire en provoquant une intervention inutile dans les cas de pseudo-occlusion. C'est ce qui ressort en effet des deux observations de Tissier et de Maygrier que nous résumons.

Hernie étranglée. — Certains phénomènes comme la douleur, les vomissements devront faire songer à la hernie étranglée possible et il sera nécessaire de passer en revue les orifices herniaires. Cependant on peut dire que la hernie étranglée est exceptionnelle après le cinquième mois de la grossesse, car l'utérus gravide surélève la masse intestinale et vient obturer les orifices herniaires.

Entéro-colite. — Les crises aiguës d'entéro-colite muco-membraneuse ont parfois une certaine analogie avec l'appendicite et l'on sait la parenté que certains auteurs accordent à ces deux affections. Cependant l'exa-

men des matières, l'exploration méthodique de l'abdomen éclaireront le diagnostic.

Diverticulite. — Pami les affections rares avec lesquelles on pourrait confondre l'appendicite il faut signaler certains cas de diverticulite soit inflammation du diverticule de Mœckel soit d'un autre diverticule intestinal. A ce propos Vautrin de Nancy publia une observation intéressante en juin 1914.

Parmi les accidents gravidiques il en est un qui pourra prêter à confusion quelquefois avec l'appendicite. Nous voulons parler des vomissements incoercibles. Du reste certains auteurs Hayem et Pinard en particulier ont montré qu'il fallait rattacher à l'appendicite un grand nombre de vomissements incoercibles. Delagénière du Mans a publié dans les *Archives provinciales de chirurgie*, novembre 1913, cinq observations de vomissements au cours de la grossesse revêtant l'allure de vomissements incoercibles que l'appendicectomie guérit radicalement et qui étaient dus à une irritation péritonéale causée par l'appendicite chronique.

Cette irritation étant d'autant plus intense que le péritoine est pour ainsi dire sensibilisée du fait de la grossesse.

Donc en présence d'une femme enceinte atteinte de vomissements il faudra songer à l'origine appendiculaire car l'affection chronique peut sous une influence quelconque se réchauffer et provoquer une crise aiguë de la plus grande gravité.

Salpingite. — Lorsque chez la femme enceinte et bien portante jusque-là, on voit apparaître brusquement le

cortège habituel de l'appendicite ; on peut en vérité le confondre avec plusieurs affections de l'appareil utéro-ovarien. Et tout d'abord la salpingite ; nous savons combien le tableau clinique de cette affection (lorsqu'il s'agit surtout d'une péritonite consécutive à la rupture d'un pyosalpinx) a de parenté avec celui de la péritonite appendiculaire. Nous savons aussi que les cas sont fréquents, d'affection propagée de l'un à l'autre organe (d'autant plus que les rapports pendant la grossesse sont plus intimes entre la trompe et l'appendice) et nous n'insisterons pas outre mesure sur la difficulté classique qu'il y a à différencier les deux affections.

Cependant il est bon de rappeler que les affections annexielles sont le plus souvent bilatérales et que l'on trouve souvent dans les antécédents soit une infection gonococcique, soit une infection puerpuérale antérieure.

Kystes à pédicule tordu. — Les torsions de pédicules offriront parfois une symptomatologie qui pourra prêter à confusion. C'est ainsi que l'on trouve dans la littérature plusieurs observations de kystes ovariens et de fibrômes tordus ayant été pris au cours d'une grossesse pour une appendicite. Observations de Bouilly, de Otto Falk (*Central Black für gyn.*, 1896, n° 17), de Von Eiselsberg publiée par Ranzi (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1908, n° 1, p. 19), de Maygrier, etc...

L'erreur sera encore plus inévitable lorsqu'il s'agira de kystes infectés ainsi que l'on voit dans les trois observations publiées par Vautrin en mars 1914.

Grossesse extra-utérine. — Il est un ensemble de cas dans lesquels le diagnostic sera particulièrement diffi-

cile. Lorsque par exemple on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine coexistant ou non avec une grossesse utérine.

En effet la rupture d'une grossesse ectopique et l'irruption de sang dans la cavité abdominale qui en est la conséquence peut s'accompagner d'un complexus symptomatique très semblable à celui de la péritonite appendiculaire (éructation, vomissements, suppression de la fonction intestinale). A ce sujet Lindner dans les *Archives de gynécologie* de Berlin, 1907, publie huit observations d'erreur entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite. Vautrin, de Nancy, en mars 1914, publie une intéressante observation dans laquelle il s'agit d'une grossesse ampullaire droite rompue, coexistant avec une grossesse utérine.

On trouve de nombreuses autres observations sur ce sujet : Mac Arthur, de Chicago, Lusk (*Medical news*, 10 octobre 1896). Dans la plupart des cas on ne pourra envisager l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine que dans les trois ou quatre premiers mois qui suivent l'interruption des règles.

Il est vrai que dans ces cas l'orientation du diagnostic vers la péritonite aiguë, en poussant à une intervention précoce, loin de nuire aux malades leur est plutôt utile.

Avortement. — Lorsque la crise d'appendicite est accompagnée d'un début de travail ou d'une menace d'avortement, le diagnostic est encore ici très délicat et l'erreur facilement commise ainsi qu'il résulte de plusieurs observations de Pinard, de Rudaux, d'Otto Falk, etc., etc.

Rupture utérine. — Dans les premières heures qui suivent l'accouchement si des phénomènes douloureux surviennent accompagnés de vomissements et de petitesse du pouls, le diagnostic qui se présente tout de suite à l'esprit (surtout si l'accouchement a été laborieux) est celui de rupture utérine.

Il faudra cependant attacher une grande importance à l'élévation de température qui est la règle dans l'appendicite. Surtout il ne faudra pas hésiter à faire une exploration manuelle de la cavité utérine, ce qui nous permettra d'écarter le diagnostic de rupture si cet examen est négatif.

Nous avons trouvé à ce sujet deux observations de Mauclaire et de Pinard.

Infection puerpérale. — Dans les jours qui suivent l'accouchement, si la malade présente une élévation de température accompagnée de douleurs abdominales et de vomissements, la principale erreur, celle que l'on commet le plus habituellement, est de confondre l'appendicite avec l'infection puerpuérale.

Cependant l'absence des symptômes utérins que l'on rencontre en cas d'infection puerpuérale (lochies fétides, col ouvert, corps mou volumineux, douloureux, débris placentaires, etc...) et la recherche soigneuse des signes locaux de l'appendicite permettront en général de faire le diagnostic.

Et dans ces conditions le diagnostic précoce a une grande importance car l'hésitation et le retard apporté dans l'intervention sont souvent une cause de mort pour la malade ainsi qu'il ressort des observations de

Porak et Damet, d'Abrahams, de Lindner, de Mundé, d'Howard Crutcher, etc...

Enfin nous ne ferons qu'indiquer ici les causes exceptionnelles de péritonite après l'accouchement que nous avons trouvées dans la littérature. C'est dans, un cas rapporté par Porak et Lepage (S. O. G et P, Paris, 1903), une péritonite due à la rupture d'un abcès de la paroi utérine. Et dans une autre observation, une péritonite causée par la rupture d'un pyosalpinx.

Dans ces deux cas le diagnostic différentiel avec l'appendicite était impossible. Il est vrai que dans ces conditions la conduite à tenir est la même quelque soit le point de départ de la péritonite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION DE STŒHLER (résumée)

(*Monatsschrift fur Geb und Gyn.*, XXVII, p. 156).

Femme de 27 ans secondipare, grossesse de cinq mois et demi. Le 11 janvier douleurs abdominales généralisées et vomissements, température 36°5, pouls 96. Sous l'influence de l'opium et belladone les douleurs s'apaisent.

Le 13 janvier à la suite d'une purgation, douleur vive dans la région vésiculaire. Le 14 janvier la température baisse, le pouls est a 116.

Le 15 l'hypocondre droit est douloureux et le point le plus sensible est à égale distance de l'épine iliaque et du rebord costal ; pouls 120, température 37°2.

Le diagnostic hésite entre appendicite et cholécystite; en raison des antécédents (crise appendiculaire un an avant).

Intervention : appendice perforé.

Le 17 la femme accouche d'un enfant mort récemment.

La malade guérit.

OBSERVATION DE WEBER (résumée)

(*Deustsch Zeitschif. fur Chir.*, XCIII, p. 292).

Mme A., 30 ans enceinte de six mois accuse une douleur violente dans la moitié droite et supérieure de l'abdomen, pas de vomissements, fièvre modérée au palper à droite on trouve une tuméfaction douloureuse de la grosseur d'une tête d'enfant côtoyant par son pôle supérieur le bord inférieur du foie.

Diagnostic hésitant entre empyème de la vésicule et kyste de l'ovaire droit.

Laparotomie : abcès péri-appendiculaire enkysté. Dans la nuit la femme accouche d'un enfant mort récemment. Suites de couches normales.

OBSERVATION DE TUFFIER (résumée)

(*Revue d'Obstétrique et Pédiatrie*, Paris, 1897).

Mme X..., 34 ans, ayant une constipation opiniâtre, a eu au cours d'une première grossesse vers le huitième mois des accidents abdominaux graves. On crut à une fièvre typhoïde, la température se maintint entre 38° et 40° pendant quinze jours. Tout se termina par l'ouverture d'un abcès dans le rectum et l'expulsion par l'anus d'une quantité de pus fétide. La grossesse continua et la malade guérit.

Un an après nouvelle grossesse, nouvelle douleur dans la fosse iliaque poussée fébrile, vomissements. Puis tout rentra dans l'ordre et l'accouchement eu lieu à terme.

Actuellement troisième grossesse de quatre mois, douleur dans e flanc droit depuis deux mois, tuméfaction, pas de fièvre. L'état s'aggravant on intervient : on trouve une appendicite chronique ; appendice gros très adhérent contenant un gros calcul pierreux stercoral. Guérison sans incident. La grossesse continue.

OBSERVATION DE PINARD (résumée)

(Rapport Académie de Médecine, 1900).

Mme X..., enceinte de deux mois est prise de vomissements, douleurs abdominales, fièvre. On pense d'abord à une simple indigestion puis les douleurs devenant plus vives on pense à un début d'avortement.

Les symptômes s'aggravent rapidement et la malade meurt de péritonite appendiculaire généralisée.

OBSERVATION DE BAILEY (résumée)

(*Medical Record*, New-York, 16 mars 1895).

Mme C..., tertipare, 30 ans, enceinte de six mois, aucun antécédent appendiculaire, fut prise de douleurs localisées près du cœcum, accompagnées de diarrhée et de vomissements. On crut à une indigestion.

Le traitement habituel produisit un soulagement passager durant trois jours.

Au bout de trois jours la douleur très intense se localise au point de Mac Burney. Le diagnostic d'appendicite fut alors établi. La malade fut traitée médicalement et guérit en une quinzaine de jours. Accouchement à terme.

OBSERVATION DE TISSIER (résumée)

(*Société Obst.*, Paris 1905).

Mme S..., 17 ans 1/2, pas d'antécédents, dernières règles en mars 1902. Au cinquième mois menace d'avortement. Vers le sixième mois survient brusquement une vive douleur abdominale du côté droit, avec vomissements continuels, fièvre violente, constipation absolue, ballonnement du ventre, arrêt des gaz, ventre sensible surtout à droite, pouls à plus de 100.

Le 3 octobre on diagnostique : accidents péritonéaux d'origine appendiculaire, glace, diète, opium. Les phénomènes s'aggravant on intervient, laparotomie latérale, appendice sain, rien d'anormal dans la cavité abdominale, on referma. Les jours suivants état grave, ictère, vomissements, épitaxis, pouls à 150, constipation persistante.

Dans la nuit du 8 octobre, accouchement d'un enfant de 6 mois 1/2 qui meurt quelques heures après.

L'état s'améliora, l'intestin se mît à fonctionner et la malade guérit.

OBSERVATION DE MAYGRIER (résumée)

(*in* thèse de Iarca).

Femme de 33 ans, dernières règles le 15 février 1897. Le 22 août vomissements bilieux, constipation (purgation saline, lavement, sans effet).

Le 24 août, douleurs généralisées à tout l'abdomen, pas de selles malgré huile de ricin et lavement, température 36°6.

Le 25 août, vomissements porracés, ventre très douloureux, la femme entre en travail, accouchement d'un enfant vivant de 6 mois environ, délivrance normale.

Les douleurs calmées après l'accouchement reprennent (pas de gaz, pas de selles, pas de vomissements) pouls à 90.

Le 26 août, l'état général s'aggrave, température 36°2, pouls 100, abdomen très distendu ; on fait le diagnostic d'occlusion par volvulus, huile de ricin, lavement électrique sans effet.

A 7 heures du soir température 37, pouls 110 ; opération à 11 heures. On se prépare à faire un anus contre nature. On tombe sur une collection de pus grumeleux infecte, drainage suture. La malade meurt à 2 heures 1/2 le 27 au matin. A l'autopsie on trouve un appendice sphacélé et péritonite généralisée.

OBSERVATION D'OLLIVIER (résumée)

(Journal de médecine de Paris 1904).

Femme secondipare enceinte de sept mois et demi ayant eu des antécédents abdominaux ayant fait croire à une appendicite. Ces phénomènes avaient cédé à des applications de glace.

Prise de douleurs, ballonnement du ventre, fièvre. Douleur violente dans le bas ventre, cependant la malade n'est pas en travail. Malgré le manque de localisation on diagnostique appendicite (Vaquez et Labadie-Lagrave).

La malade ne rend ni gaz, ni selles.

Le Dr Delbet penche pour une occlusion intestinale. Intervention : on trouve le côlon pelvien distendu et tordu sur lui-même, anus artificiel, morte quatre jours après.

OBSERVATION DE VAUTRIN (résumée)

(*Annales de Gynécologie*, mars 1914).

Juin 1901 ; jeune femme de 23 ans, bien portante habituellement, est amenée au quatrième mois d'une deuxième grossesse avec des phénomènes péritonéaux graves survenus brusquement la veille.

Pouls à 110, température 37°5, ventre ballonné, vomissements noirâtres.

La palpation indique un maximum de douleur dans la fosse iliaque droite il y a de la défense pariétale.

Ni selles, ni gaz, urines spontanées.

Le toucher vaginal indique un utérus gravide normalement développé, culs-de-sac libres, mais à droite, certain œdème et douleur.

Antécédents : constipation habituelle sans crises appendiculaires.

En raison de la gravité des symptômes une intervention immédiate est décidée. Incision de Jalaguier de 10 centimètres, on rencontre le cœcum distendu avec son appendice sain sans adhérences. En refoulant le cœcum en dehors, on trouve un flot de liquide bouillon sale, collecté entre la face postéro externe du cœcum, un paquet d'anses grêles en dedans, la corne utérine en bas, l'épiploon en haut. L'anse iléale paraît tuméfiée et couverte de fausses membranes. L'exsudat enlevé, on aperçoit du liquide intestinal évacué par une perforation siégeant sur un diverticule perpendiculaire à l'anse iléale : diverticule de la gros-

seur du pouce, tendu rempli de liquide, inséré à 8 centimètres de la valvule de Bauhin.

Résection, oblitération de la brèche intestinale par trois plans de suture, drain, suture de la paroi, petite fistule stercorale, guérison, pas d'avortement, légère alerte seulement le quatrième jour.

OBSERVATION DE VON EISELSBERG (résumée)

(*Berliner Klinich Wochenschrift*, 1908, n° 1, page 19).

Femme 24 ans, en juillet 1905 étant enceinte, a une crise de périty phlite traitée médicalement. En janvier 1906 accouchement normal. Dans le courant de mars 1906 nouvelle crise offrant tous les symptômes d'appendicite aiguë, vers la fin de la convalescence l'examen pratiqué par Eiselsberg donna le renseignement suivant : un peu au dessus du point de Mac Burney, présence d'une masse grosse comme le poing très sensible.

Diagnostic : appendicite à répétition.

Opération le 13 juillet 1906, kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu plusieurs fois.

OBSERVATION DE MAYGRIER (résumée)

(*Académie de médecine*, 1904).

Mme P..., enceinte de six mois souffre depuis le 21 janvier 1901 de douleurs revenant par crises : douleurs situées au-dessus de l'arcade crurale, exagérées par la pression. A la palpation la tumeur peu mobile paraissant siéger dans la région cœcale, constipation habituelle opiniâtre, pas de selles depuis huit jours, pas

de température. Diagnostic typhlite et appendicite. Le 22 la douleur augmente, vomissements verdâtres surviennent. Le 23, tuméfaction, fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, vomissements incessants porracés, état général inquiétant ; cependant pouls et température normaux.

Intervention : on trouve un fibrome sous-péritonéal à pédicule très court, tordu, implanté sur le bord droit de l'utérus.

Ablation, guérison. La malade accouche à sept mois et demi d'un enfant vivant.

OBSERVATION DE VAUTRIN (résumée)

(*Annales de gynécologie*, mars 1914).

Femme 31 ans, mère de deux enfants est prise en mars 1910 au cinquième mois d'une troisième grossesse d'une angine phlémoneuse.

Pendant sa convalescence, prise subitement d'une douleur au flanc droit avec réaction péritonéale vive.

Diagnostic d'appendicite; repos, glace, diète. Les symptômes s'aggravent : température 39, pouls 110. Appelé le cinquième jour, je constate un large plastron dans la fosse iliaque droite, douloureux, bordé d'une zone sonore.

Toucher négatif, vomissements bilieux rares, selles glaireuses, coliques vives.

Le diagnostic d'appendicite suppurée s'impose, d'autant plus que la malade accusait depuis quelque temps des douleurs brusques cédant par le repos. Laparotomie, incision de Roux : foyer d'adhérences sous le cœcum ; on libère une masse kystique ayant le volume d'un rein : il s'agit d'un kyste dermoïde qui se rompt et laisse s'écouler du pus mélangé de débris sébacés et de poils ;

énucléation, pédicule lié solidement. On n'a pas vu l'appendice. suture. Accouchement à terme.

OBSERVATION DE VAUTRIN (résumée).

Femme de 25 ans, primipare, au deuxième mois de sa grossesse présente les signes d'une appendicite aiguë (4 mois après avoir terminé une fièvre typhoïde).

Hospitalisée, examen : diagnostic de phlegmon péri-appendiculaire tant la tuméfaction dans la fosse iliaque droite est manifeste et classiquement déterminée.

Laparotomie latérale : kyste de l'ovaire droit suppuré, gros comme une mandarine, adhérant aux organes voisins ; énucléation, drainage, suture.

Avortement dans le jours suivants. Guérison.

OBSERVATION DE VAUTRIN (résumée).

Femme de 24 ans, accouche en septembre 1913, trois jours après douleur subite dans la fosse iliaque droite, sensibilité vive, météorisme modéré, pouls fréquent, température normale.

Le médecin diagnostique appendicite ; immobilité, glace opium. Les symptômes se calment puis se ravivent une semaine après ; le ventre se ballonne, réaction péritonéale, vomissements fréquents, pas d'arrêt des matières et gaz. Température entre 37°5 et 38°5, pouls 110. La malade s'affaiblit peu à peu, en proie à la septicémie.

Deux mois après seulement le chirurgien appelé intervient : kyste multiloculaire de la grosseur d'une tête fœtale, liquide louche, drainage. Guérison lente.

OBSERVATION DE LINDNER (résumée)

(*Archives de Gynécologie*, Berlin, 1907).

Mme X... se présente en état grave. Dans la région iléocœcale droite : tumeur volumineuse, fluctuente qui paraît être un abcès; renseignements nuls, possibilité de grossesse niée. Diagnostic: appendicite. Opération: abcès fétide d'où on retire un fœtus de cinq mois. Infection d'un sac fœtal.

OBSERVATION DE LINDNER (résumée).

Femme de 23 ans, admise le 9 juillet 1904; dernières règles avril. Depuis le 20 avril, douleurs dans le ventre à droite; constipation rebelle. Diagnostic : grossesse extra-utérine.

Laparotomie. Tumeur appendiculaire et grossesse normale. La malade guérit et la grossesse suivit son cours normal.

OBSERVATION DE LINDNER (résumée).

Femme de 32 ans, admise le 16 avril 1901 : pas de suppression menstruelle ; dernières règles il y a trois semaines. Dans la nuit du 14, douleur soudaine, vomissements, pas d'émission de gaz, refroidissement des extrémités, pouls à peine perceptible, ventre ballonné, défense plus accentuée à droite.

Diagnostic : appendicite. Laparotomie ; cavité abdominale inondée de sang, perforation de la trompe droite. Guérison.

OBSERVATION DE VAUTRIN (résumée)

(*Annales de Gynécologie*, mars 1914).

Femme de 28 ans, au deuxième mois d'une grossesse est prise d'une douleur brusque du côté droit, syncope. Le médecin trouve : pouls petit, fréquent, défense à droite, météorisme, vomissements fréquents et pense à l'appendicite. Les jours suivants, nouvelles crises, la réaction péritonéale augmente.

Examen : utérus gravide de deux mois, cul-de-sac droit douloureux, empâtement.

Douleur vive au point de Mac Burney, plastron douloureux au-dessus de l'arcade crurale. L'état s'aggrave : pouls 120, pâleur de la face ; intervention pour appendicite. Incision de Jalaguier. On trouve une collection hématique au-dessous du cœcum ; une fois la collection évacuée, on constate une grossesse ampullaire droite rompue.

Ligature des vaisseaux utéro-ovariens ; on respecte l'ovaire ; les suites sont excellentes ; la grossesse utérine continue.

OBSERVATION DE PINARD (résumée)

(Rapport à l'Académie de médecine, 1900).

Mme X..., enceinte de huit mois et demie, est prise de douleurs et de vomissements. On pense d'abord à une simple indigestion, puis les douleurs sont mises sur le compte d'un travail un peu lent chez une femme nerveuse.

La femme accouche d'un enfant vivant. Après l'accouchement, les phénomènes s'aggravent ; vomissements incessants, pouls

filiforme, ventre ballonné. On diagnostique péritonite par rupture utérine. Opération : on trouve une péritonite généralisée avec un appendice gangrené ; mort le troisième jour.

OBSERVATION DE RUDAUX (rapportée par Pinard)

(résumée).

Mme X..., enceinte de six mois, est prise de douleurs, vomissements, fièvre, défense musculaire à droite. On craint une fausse couche. Devant les symptômes alarmants on décide une intervention.

Appendicite. Guérison sept jours après accouchement prématuré.

OBSERVATION DE PINARD (résumée).

Femme, enceinte de trois mois, prise de douleurs abdominales, vomissements : on pense à un avortement. Les symptômes s'aggravent ; on opère la malade le quatrième jour *in extremis*. On se trouve en présence d'une péritonite généralirée d'origine appendiculaire : troisième jour, avortement. Guérison.

OBSERVATION D'OTTO FALK (résumée)

(*Centr. fur. gyn.*, 1900, n° 7, p. 163).

Femme, enceinte de six mois, est prise d'une douleur violente au niveau de l'hypogastre, fièvre, constipation, ventre ballonné, pouls à 110. On diagnostique grossesse extra-utérine rompue. A l'opération, on trouve une péritonite avec un appendice nécrosé. Guérison. Accouchement à terme.

OBSERVATION DE PORAK ET DAMET (résumée).

Femme de 28 ans, primipare, entre le 29 décembre à la Maternité avec fièvre depuis trente-six heures. Jamais malade ; dernières règles du 1er au 5 mars 1902. Grossesse absolument normale ; dernières semaines, quelques légères coliques ; ni douleur violente, ni vomissements, ni constipation. Le travail débute le 26 décembre 1902 ; rupture des membranes le 27 à 9 heures du soir ; expulsion d'un enfant vivant à 9 h. 45 ; rien d'anormal pendant le travail si ce n'est un léger éndolorissement à droite.

Dans la nuit du 27 au 28 frissons répétés, le 29 l'état s'aggrave, la malade entre à la Maternité.

Température 39°4, pouls 132, faciès péritonéal, ventre ballonné, utérus dur, indolore ; de chaque côté paroi douloureuse, tension des muscles plus marquée à droite. Le toucher utérin ramène deux caillots non fétides.

Diagnostic : infection puerpuérale problable. Injection intra-utérine le 30 décembre.

Diagnostic basé sur les frissons survenus après l'accouchement, la douleur de chaque côté de l'utérus ; commémoratifs bonne santé antérieure, accouchement en ville.

Curettage le 30 au soir, débris non fétides, température 39°2, pouls 124. Le 31 décembre température 39°4, pouls 111.

Le ballonnement du ventre s'accentue, l'état général est de plus en plus grave ; pas de vomissements. Le cul-de-sac postérieur est distendu par un épanchement péritonéal. On diagnostique péritonite généralisée d'origine puerpuérale. 1er janvier, mort.

A l'autopsie pus fétide, appendicite calculeuse perforante.

OBSERVATION D'ABRAHAMS (résumée)

(*American J. of Obst.*, T XXXV, 1897, p. 205).

Mme X..., enceinte de huit mois, est prise brusquement de douleurs abdominales et de fièvre. Au bout de quelques heures le travail débute et se poursuit normalement. Enfant mort. Après l'accouchement les douleurs continuent et la température reste élevée. On hésite entre l'infection puerpurale et l'appendicite. Enfin, le sixième jour après l'accouchement on se décide à opérer et on trouve un appendice long, tuméfié, adhérent. Guérison.

OBSERVATION DE LINDNER (résumée).

Mme X..., 31 ans, est admise à l'hôpital le 12 février 1905 ; elle est malade depuis 8 jours (crampes d'estomac).

Depuis 3 jours, douleurs abdominales violentes, météorisme ; pas de garde-robes ; vomissements ; etat général grave. La malade nie tout retard de règles (hémorragie utérine prise pour les règles). On diagnostique appendicite.

Laparatomie : appendice sain avec péritonite d'origine inconnue. Mort quelques jours après. A l'autopsie péritonite post abortum.

OBSERVATION DE MUNDÉ (résumée)

(*Medical Record*, New-York, 1895, XLVIII, p. 609).

Mrs H. S. multipare, ayant dans ses antécédents une crise appendiculaire.

Le 30 septembre 1895, la malade accouche d'un acéphale à

terme. Le placenta adhérent à la corne droite fut difficile à extraire mais fut enlevé complètement.

Après l'accouchement la malade fut prise de vomissements. Deux jours après, le 2 octobre les nausées et les vomissements continuent, le pouls à 63 est dicrote, la température et la respiration sont normales, pas de collapsus. Le toucher vaginal est négatif. Douleur dans la fosse iliaque. Le traitement médical institué apporte une légère amélioration jusqu'au 5 octobre. A ce moment, le ventre se ballonne, la température est de 38°3, le pouls à 112. Ni douleur nette, ni résistance du côté droit.

L'état général devient alarmant et l'intervention est décidée le 6 octobre. On trouve un appendice perforé avec péritonite généralisée. Mort trois jours après l'opération.

OBSERVATION D'HOWARD CRUTCHER (résumée)

(*Medical Record*, New-York, 1896, p. 461).

Jeune fille de 17 ans prise le 16 juillet de vomissements, crampes au niveau de l'estomac, constipation, épreintes. Le 18 juillet, la malade expulse un fœtus de deux mois et on procède à un curettage. Malgré le curettage, la situation ne s'améliore pas : les coliques, la constipation, le mal de tête persistent. Le pouls faiblit; 160, température 102°5 F. L'abdomen très distendu n'est pas douloureux.

Le diagnostic fut posé de métrite septique et malgré l'état désespéré de la malade on tenta une intervention.

A l'ouverture de l'abdomen, un flot de pus fétide s'échappe et l'on trouve un appendice vermiforme sphacélé et perforé. La malade meurt trois jours après l'intervention.

DIAGNOSTIC

En somme en présence de quelques-uns des symptômes que nous avons signalés, survenant pendant la grossesse, ou après l'accouchement, il faudra penser successivement aux différentes affections qui peuvent les occasionner et que nous avons passées en revue. Si les probabilités penchent vers l'appendicite, s'efforcer d'avoir un diagnostic positif, en s'appuyant surtout sur les antécédents.

1° Il faudra rechercher avec soin dans le passé de la malade tout ce qui peut ressembler à une colique appendiculaire, en particulier au cours d'une grossesse antérieure ;

2° Se fier surtout aux symptômes généraux : température, pouls, faciès, vomissements, arrêt des gaz, etc...

3° Au moment de l'examen local, se rappeler que la recherche du maximum de la douleur au point de Mac Burney peut être négative par suite des modifications apportées par l'utérus gravide, dans les rapports anatomiques de l'appendice.

Plus on se rapproche du terme de la grossesse, plus la palpation et l'exploration de l'abdomen offrent de difficultés.

Frankel a proposé pour séparer nettement la tumeur formée par le foyer appendiculaire de l'utérus gravide de faire placer la malade dans le décubitus latéral gauche. Dans ces conditions l'utérus tombe à gauche, tandis que le foyer appendiculaire fixé par des adhérences ne bouge pas, de plus, une zône de sonorité intermédiaire s'établit. Mais ceci n'a rien d'absolu.

Le diagnostic précoce est possible d'après Pinard (communication Académie de Médecine, 6 mai 1900). Il suffit le plus souvent de penser à la possibilité de l'affection et de rechercher les signes positifs qui font rarement défaut.

La douleur et la défense musculaire existent presque toujours : à ce propos il ne faut pas accepter le diagnostic facile de contractions douloureuses de l'utérus, sauf s'il sagit d'une menace d'avortement. Car pendant la grossesse les contractions utérines sont indolores.

Les vomissements de la grossesse sont apyrétiques. Et en présence de vomissements incoercibles, se rappeler que d'après les travaux de Delagenière, ils sont dus très souvent à une irritation péritonéale causée par des lésions d'appendicite chronique.

Enfin d'après Pinard se méfier des indigestions provoquant des vomissements et accompagnées de fièvre.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'APPENDICITE

Certains auteurs prétendent que l'appendicite est une affection presque exceptionnelle au cours de la grossesse. Boye et Labhardt disent même que la grossesse a une influence plutôt empêchante sur l'appendicite.

D'après eux l'état congestif provoqué par l'utérus gravide favoriserait la résorption des exsudats inflammatoires.

Pour d'autres auteurs, au contraire, la femme enceinte est particulièrement prédisposée à l'appendicite par suite de la fréquence chez elle de la constipation. Et l'appendicite apparaît à côté de la pyélonéphrite et des infections biliaires comme localisation de colibacillose.

D'après Penrose et Legendre, il faut considérer que la grossesse, facteur fréquent de constipation, de fermentations digestives anormales, peut à ce titre devenir une cause prédisposante à l'appendicite et certaines de leurs observations dénotent que chez une femme ayant eu déjà des crises appendiculaires la grossesse semble jouer le rôle de cause efficiente à un nouvel accès.

Pour Bar, il existerait pendant la grossesse une exaltation de la virulence des microbes intestinaux.

D'après Dieulafoy, la grossesse favoriserait la formation de calculs appendiculaires Il existerait une lithiase appendiculaire de la femme enceinte analogue à la lithiase biliaire.

Enfin par des lésions mécaniques,compression, tiraillement, migration de l'utérus, etc... la grossesse favoriserait l'appendicite.

Cette façon de voir est combattue par Vinay et Poncet qui mettent en doute tout facteur étiologique spécial chez la femme enceinte.

Il est plus vraisemblable que la grossesse n'est par rapport à l'apparition de l'appendicite ni facteur favorable ni défavorable.

Et si, d'après certains auteurs, il est impossible de mettre en évidence d'après les observations publiées un rôle pathogénique de la grossesse sur l'appendicite ; l'on peut admettre que la femme grosse n'est ni plus ni moins prédisposée à faire une appendicite que toute autre femme en dehors de cet état physiologique.

C'est ce qui ressort des faits observés à la clinique de P. Engstrom par Renvall, Berlin, 1908.

« La rareté relative de l'inflammation de l'appendicite durant la gestation provient simplement du fait que, pour une même femme, ce temps de gestation (qu'il faille compter avec une ou plusieurs grossesses) est court en comparaison de tout le temps pendant lequel cette complication peut se produire. »

Mais si la grossesse ne prépare pas la voie à l'appen-

dicite, du moins il découle nettement des observations étudiées que cet état, est un facteur de récidives.

Et un argument en faveur de l'influence réelle de la grossesse sur les récidives des crises appendiculaires réside dans certaines observations où l'appendicite n'apparaît que dans l'état puerpuéral, ne disparaît qu'avec lui, pour ne revenir qu'avec une grossesse nouvelle parfois fort éloignée de la première. (Wiggin, Budin, Hergott, Pinard, Segond, Tuffier), *in* thèse de Croste.

Penrose, Legendre, Lardennois, ont publié des observations que nous rapportons résumées.

Tuffier rapporte dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie,* Paris, 1897, l'observation d'une malade ayant eu trois crises appendiculaires au cours de trois grossesses.

Si la grossesse est un facteur de récidive il résulte aussi des observations étudiées que la grossesse est également un facteur de gravité. « L'appendicite pendant la grossesse prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité (Pinard). » Et le pronostic est d'autant plus sombre que l'on se rapproche le plus du terme de la grossesse. Si la crise éclate au moment de l'accouchement, on a presque toujours affaire à une péritonite généralisée.

A l'appui de cette opinion, nous rapportons des observations de Tissier, Ollivier, Oui, Pinard, Mauclaire, Porak, Damet, une observation personnelle, etc..., etc...

C'est ainsi que la mortalité dans l'appendicite compliquée de grossesse serait pour Abrahams de 70 °/₀ dans les cas suppurés. Pour Bouiller, de 51,8 °/₀.

Cette aggravation de l'appendicite est expliquée par plusieurs raisons :

1° Par la congestion physiologique due à la grossesse, des organes du petit bassin. Congestion plus accentuée au moment des périodes correspondant aux règles.

2° Par la compression, les tiraillements qui peuvent rompre des adhérences, etc.

Le traumatisme de l'accouchement peut provoquer la rupture d'adhérences et déterminer une crise aiguë (par ouverture d'un abcès localisé, le plus souvent). C'est ainsi que l'on voit chez des malades ayant eu, vers la fin de leur grossesse, de légères coliques appendiculaires, se produire un véritable coup de fouet du côté de l'appendice aussitôt après l'accouchement.

Frœnkel a observé à l'autopsie d'une femme morte d'appendicite en suites de couches, la rupture d'adhérences qui reliaient l'appendice à l'ovaire droit.

Oui, rapporte une observation analogue, etc.

L'influence de la grossesse sur l'appendicite peut se résumer comme il suit :

1° La grossesse ne peut pas être considérée comme une cause prédisposante à l'appendicite.

2° Cette affection se rencontre avec ni plus ni moins de fréquence pendant la grossesse qu'à un tout autre moment.

3° La grossesse a, par contre, une influence marquée au point de vue des récidives.

4° La gravité de l'appendicite est très augmentée, surtout dans la deuxième moitié de la grossesse.

INFLUENCE DE L'APPENDICITE SUR LA GROSSESSE

L'avortement ou l'accouchement prématuré est fréquent chez la femme atteinte d'appendicite.

D'après la statistique de Boije on constaterait 56, 25 °/₀ d'accouchements avant terme, pour Iarca 51 °/₀ pour Stœhler 62 °/₀.

Enfin d'après Pinard, ce membre s'abaisserait à 42, 1 °/₀ ce qui tiendrait certainement au plus grand nombre d'interventions précoces qui ont été faites ces dernières années.

C'est surtout dans le cas de péritonite diffuse que l'avortement est le plus fréquent et dans la thèse de Pénard on trouve que, sur 59 femmes, ayant avorté ou accouché prématurément, 23 sont mortes d'une péritonite généralisée.

On peut faire intervenir pour expliquer les interruptions de grossesse par appendicite deux ordres de causes.

1° Causes d'ordre mécanique.

Les adhérences utérines annexielles peuvent entraver le développement de l'utérus. Et d'après Weber les

périmétrites d'origine appendiculaire sont une cause d'avortement.

2° Par infection.

L'infection entraînant la mort du fœtus et par suite son expulsion.

a) Dans les septicémies, cette infection se fait par voie sanguine et c'est ainsi que Pinard a constaté du colibacille pur dans le sang d'un fœtus dont la mère était morte de péritonite appendiculaire.

b) Dans les péritonites à foyers enkystés, l'infection de l'utérus peut se faire soit par voie lymphatique d'après Vinay, soit, ce qui semble plus fréquent, par l'intermédiaire de la trompe droite ainsi que le prouvent plusieurs observations. Entre autres celle de Bouveret de Lyon (*in thèse* de Bouiller) et deux observations de Semb (*Ref. Zentrablatt fur Gyn.*, 1901, n° 26) que nous rapportons.

OBSERVATIONS

OBSERVATION DE TUFFIER (résumée)

(*Revue Obstétrique et Pédiatrie*, 1897, n° 112).

Mme X, tertipare, a eu une crise appendiculaire à chacune des deux grossesses antérieures. Actuellement troisième grossesse de quatre mois ; la malade est prise brusquement de douleurs très vives dans le côté droit du ventre, nausées, vomissements. Il existe du gonflement dans la région iliaque. Les symptômes devenant plus graves, on décide l'intervention et on trouve un appendice soudé, noyé dans des adhérences.

Guérison, accouchement à terme.

OBSERVATION DE PENROSE (résumée)

(*in* thèse de Bouiller, p. 18).

Mme A, secondipare. Pendant sa première grossesse a eu, aux environs du septième mois, une crise d'appendicite. Cette crise céda aux soins médicaux et l'accouchement eut lieu à terme.

Nouvelle grossesse de trois mois, nouvelle crise appendiculaire, beaucoup plus grave que la première, l'avortement se produit. Opération, guérison.

« D'où indication, lorsqu'une femme ayant eu des crises appendiculaires devient enceinte, de l'opérer à froid dans les premiers mois de sa grossesse (Penrose). »

OBSERVATION DE LEGENDRE (résumée)

(S. M. des Hôpitaux, 26 mars 1897).

Mme X, ayant eu deux crises appendiculaires par an, depuis six ans.

Pendant une première grossesse crise d'appendicite à cinq mois. Deuxième crise huit jours avant l'accouchement prise pour un début de travail.

Nouvelle grossesse de dix semaines, crise extrêmement violente. L'opération est décidée : appendice présentant des lésions d'appendicite chronique et perforé à sa base. La malade guérit et la grossesse continua.

OBSERVATION DE LARDENNOIS (résumée)

(*Société Obstétrique*, Paris, décembre 1911).

Jeune femme quadripare. Les deux premières grossesses furent interrompues à la suite de crises appendiculaires. La troisième grossesse évolua normalement. Actuellement quatrième grossesse âgée de trois mois; nouvelle poussée d'appendicite accompagnée de péritonite généralisée.

Intervention, anesthésie à l'éther, incision de Roux, ablation de l'appendice, deux drains décubitus latéral, irrigation rectale de sérum.

La guérison se poursuit sans incident, la grossesse évolue.

OBSERVATION DE OUI (résumée)

(*Soc.* Obstétrique de Paris, mars 1903).

Malade atteinte d'appendicite chronique. Au troisième et au quatrième mois de sa grossesse, légères crises. Au septième mois crise beaucoup plus forte, douleurs abdominales, fièvre, vomissements.

En même temps début de travail. Après l'accouchement les douleurs abdominales, persistent, les vomissements sont fréquents, le pouls est petit, le ventre se ballonne, la température est de 39°.

Devant cet état général grave on décide l'intervention. On se trouve en présence d'une péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

La femme meurt le quatrième jour après l'opération.

OBSERVATION DE SEMB (résumée)

(*Ref. Zentrabl. fur gyn.*, 1901, n° 26).

Mme X..., enceinte de six mois, est prise brusquement de douleurs abdominales vives, du côté droit, accompagnées de fièvre et de vomissements. On fait le diagnostic d'appendicite et l'opération est décidée. On se trouve, en effet, en présence d'une péritonite appendiculaire. Le lendemain, la femme expulse un enfant mort récemment. Au moment de l'accouchement, on remarque l'odeur fétide du liquide amniotique. La femme succombe vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, on trouve la trompe droite remplie de pus et adhérente à la paroi de l'abcès appendiculaire. Dans le voisinage de l'ostium tubaire droit, la paroi utérine est recouverte d'un enduit purulent.

OBSERVATION DE SEMB (résumée).

Femme enceinte de trois mois, prise d'accidents appendiculaires aigüs. A l'opération, on trouve un abcès de la fosse iliaque droite et un appendice gangrené. On fait une appendicectomie et on draine l'abcès.

Trois semaines plus tard, la malade est reprise de douleurs abdominales, de fièvre et de vomissements. Les douleurs sont plus accentuées du côté gauche et on trouve un empâtement et de la résistance dans la fosse iliaque gauche. On incise un nouvel abcès et on draine.

Cinq semaines après la première intervention, la malade fait un avortement et meurt. A l'autopsie, on constate que l'infection du foyer appendiculaire avait gagné par la trompe droite, puis par la trompe gauche la fosse iliaque du côté gauche.

OBSERVATION DE BOUVERET (résumée).

Mme X..., est prise de douleurs abdominales violentes avec fièvre. En même temps, début de travail. On constate alors un développement exagéré de l'utérus. Au moment de la rupture des membranes, s'écoule tout d'abord un liquide fétide, puis un liquide amniotique normal. Tout de suite après l'accouchement l'état générale devient grave, les vomissements sont incessants, le ventre se ballonne et la femme meurt.

A l'autopsie, on trouve une péritonite enkystée d'origine appendiculaire. La trompe droite adhérente à la paroi de l'abcès est pleine de pus et la cavité utérine est infectée.

PRONOSTIC

D'après les observations publiées, il résulterait que pendant la première moitié de la grossesse, de un à cinq mois, le pronostic de la grossesse serait peu modifié et la mortalité serait de 17,8 °/₀.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, le pronostic devient plus sombre et la mortalité s'élève à 38 °/₀; ce qui serait dû, d'après certains auteurs, « au siège de l'appendice refoulé en pleine cavité péritonéale, et dans ces conditions on observerait plus fréquemment des péritonites diffuses. »

Si le travail se déclare, le pronostic devient d'une gravité exceptionnelle, il en est de même pendant les suites de couches et la mortalité s'élève alors à 53,3 °/₀.

Si l'appendicite est grave au point de vue de la mère, le pronostic vis-à-vis de l'enfant est encore plus sombre et d'après Abrahams la mortalité s'élèverait à 85 °/₀, y compris les cas d'avortement.

Pour Pinard, lorsque la grossesse est avancée, la mortalité ne s'élèverait qu'à 42 °/₀ ; mais il faudrait ajouter à ce nombre les enfants succombant peu de temps après l'accouchement.

Et d'après plusieurs observations de Legendre, Pinard, etc., si l'appendicite apparaît dans les derniers temps de la grossesse, il n'est pas rare de voir l'enfant succomber à une septicémie généralisée dans les jours qui suivent la naissance.

TRAITEMENT

Étant donnée la gravité habituelle de l'appendicite au cours de la grossesse et des suites de couches, on devra conseiller l'appendicectomie à toute femme susceptible de devenir grosse, dès la première crise d'appendicite confirmée.

C'est du reste l'avis formel du Professeur Pinard qui dit en propres termes : « Si dans la période d'activité « sexuelle, une jeune femme ou une jeune fille présente « des poussées d'appendicite, il est d'une sage prophy- « laxie d'intervenir le plus tôt possible afin de préve- « nir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion « d'une maternité future. »

C'est également l'opinion de Monod et d'Hergott qui au XIII[e] Congrès des sciences médicales, Paris, 1900, disaient : « Étant donnée l'action fâcheuse de l'accouche- « ment et surtout du travail sur la marche de l'appen- « dicite (rupture des adhérences, généralisation de la « péritonite), il est préférable d'intervenir chirurgicale- « ment avant la grossesse chez toute femme atteinte « d'appendicite et susceptible de devenir mère. »

Certains auteurs préconisent l'opération préventive au début de la grossesse à toute femme ayant eu des

crises antérieures. L'expérience montre en effet que l'opération d'appendicectomie dans les premiers mois se montre remarquablement bénigne et n'entrave pas l'évolution de la grossesse.

C'est ce qui ressort des six observations publiées par Routier (*in* thèse Pénard) dans lesquelles, l'auteur intervient à froid entre un et quatre mois de gestation et où il obtint une guérison parfaite avec continuation de la grossesse et accouchement à terme.

Cependant le traitement prophylactique ne sera certes pas toujours appliqué, car l'on rencontrera souvent de la résistance de la part de la malade ou de sa famille. De plus, il peut se faire que la crise d'appendicite au cours d'une grossesse soit une première atteinte et l'on se trouvera fatalement quelquefois en présence d'une appendicite aiguë ou suraiguë éclatant pendant la grossesse à ses différentes périodes.

Si la crise apparaît dans les premiers mois de la grossesse, quelque soit sa bénignité, il faut intervenir, car à ce moment l'intervention n'est grave ni pour la mère ni pour le fœtus.

Plus l'opération est faite éloignée du terme, plus la grossesse a des chances de continuer.

Quand on a affaire à une crise appendiculaire aiguë avec réaction péritonéale, quelque soit l'époque de la grossesse, les auteurs sont actuellement unanimes pour préconiser l'intervention précoce.

Déjà Abrahams, en 1896, prescrivait que l'opération devait être faite de bonne heure, « dans les douze heures pour l'appendicite aiguë. »

Le professeur Poncet disait en 1897 : « L'intervention « précoce est d'autant plus rationnelle que les accidents « appendiculaires abandonnés à eux-mêmes peuvent « entraîner des accidents puerpuéraux parfois très « graves. Par le double mécanisme d'une infection géné- « rale et d'une infection locale de voisinage. »

Le Professeur Jeannin dans son *Traité de thérapeutique obstétricale* prétend que les indications opératoires sont les mêmes qu'en dehors de l'état puerpuéral, avec cette différence qu'en cas d'hésitation, « il faut « trancher plus volontiers la question dans le sens de « l'intervention immédiate. »

Le Professeur Segond est d'avis « d'opérer dès qu'il y a le moindre soupçon d'appendicite. »

Enfin, le Professeur Pinard dit : « L'appendicite pen- « dant la grossesse doit être traitée chirurgicalement, « plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. »

C'est également l'avis de Budin, de Schwartz, de Lepage, de Tessier, de Oui, de Hahler, de Fuchl, de Weber, de Camproni, etc., etc.

Du reste, à l'heure actuelle, la précocité de l'intervention devient une règle de plus en plus absolue dans tous les cas d'appendicite avec péritonite. Et il est admis presque généralement que, dès que le diagnostic est posé, il faut songer à l'intervention et il faut la faire le plus rapidement possible, « les heures, les minutes comptent (Delbet) » ; « chaque heure qui passe fait perdre « une chance de survie à la malade (Legueu). »

Cependant il ne faut pas que cette règle de l'intervention hâtive désarme le chirurgien quand il est appelé

tardivement auprès d'une malade car même dans ces cas, le succès n'est pas absolument impossible et c'est ainsi que le Professeur Pinard posera ce principe que « même dans les cas semblant désespérés il faut avoir « le courage d'intervenir. »

Il ne faut pas se laisser impressionner par les statistiques plus ou moins sombres des interventions de cette sorte. Car, si cette statistique n'est pas brillante, cela tient à ce que, malheureusement jusqu'à ces dernières années, beaucoup d'opérateurs hésitaient à intervenir et avaient recours à des moyens temporisateurs les plus funestes.

Quant à la technique opératoire elle ne présente rien de particulier.

D'après l'opinion de Haban qui rapporte deux observations dans la *Revue de gynécologie*, 1909, p. 339, il faudrait systématiquement pratiquer l'évacuation immédiate de l'utérus, quelque soit l'âge de la grossesse, avant de faire l'appendicectomie.

Lorsque la grossesse est près du terme, il provoque un accouchement prématuré, lorsque la grossesse est au début, il pratique un curage digital après dilatation du col.

Et l'opérateur soutient sa technique, car il admet qu'après l'opération la mort du fœtus et l'avortement sont la règle.

Mac Arthur également préconisait cette conduite.

Il n'en est plus de même et, à l'heure actuelle, on se garde de provoquer l'accouchement avant l'opération.

Car la grossesse, même avancée, peut n'être pas inter-

rompue du fait de l'intervention ; nous avons trouvé dans la littérature un grand nombre d'observations de ce genre et nous en avons rapporté quelques-unes.

De plus, en provoquant l'accouchement chez une femme infectée, nous courons le risque de voir éclater une infection puerpérale.

Ainsi comme le recommandait déjà Mundé, en 1896, et ainsi que le préconise la majorité des auteurs actuellement ; on devra traiter cette affection sans se préoccuper de la grossesse.

Cependant, il faudra tenir compte de la difficulté que l'on aura parfois à découvrir l'appendice, étant donnée la modification dans ses rapports anatomiques.

C'est ainsi que dans deux observations rapportées par Mac Arthur (*in* thèse de Bouiller), l'utérus formait une des parois de l'abcès appendiculaire.

Dans un cas cité par Howard Crutcher l'appendice était fixé au fond de l'utérus.

L'inflammation se propage quelquefois aux trompes et aux ovaires, dans une observation de Bouveret XXVI (*in* thèse Iarca), le foyer appendiculaire se propageait jusque dans l'utérus par la trompe.

On s'efforcera de faire l'intervention la plus complète possible tout en étant peu longue et peu traumatisante.

Nous n'insisterons pas sur la technique opératoire, ce qui nous entraînerait hors de notre sujet.

CONCLUSIONS

1° Sans que l'on puisse affirmer que la grossesse soit une cause prédisposante de l'appendicite, la coexistence de cette affection et de cet état n'est pas rare.

2° La difficulté du diagnostic de l'appendicite dans ce cas est toujours augmentée.

3° Le pronostic est toujours plus sombre.

4° Nous proposerons comme règle de conduite :

a) Lorsqu'au cours d'une grossesse une femme est prise de douleurs vives abdominales, accompagnées de fièvre, même si ces symptômes accompagnent un début d'avortement ou un début de travail à terme, il faut songer à l'appendicite et en rechercher soigneusement les autres signes positifs.

b) Lorsqu'après l'accouchement, les mêmes symptômes se manifestent, surtout s'ils surviennent de très bonne heure après la délivrance, ou que, survenant plus tard, ils ne puissent être expliqués par aucun phénomène d'infection utérine, il faut également penser à l'appendicite.

c) Dès que le diagnostic est posé, il faut intervenir sans délai.

d) Une femme ayant eu des crises appendiculaires, devenant enceinte doit être opérée à la moindre alerte.

Vu : *le Président de la Thèse*,
RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abbe. — *Medical Record*, 1897, p. 347.

Abrahams. — *American J. of. Obst.*, t. XXXV, 1897, p. 205.

Bapteste. — De l'appendicite dans la puerpuéralité, *thèse de Lyon*, 1899.

Bar. — La pratique de l'Art des accouchements, t. II.

Bayley. — *Medical Record*, 1895, p. 342.

Blumreich. — Ueber die Wech selbeziehungen Zwischen parametritischen. Exsudat und Schwangerschatf Geburt und Wochenbett, *Arch. fur. Gynec.*, 1903, Bd 68.

Boije. — Mitteil aus der Klinik von Engstrœm in Helsinfors, 1903, Bd, V, H 1.

Bouiller. — De l'appendicite pendant la grossesse, *thèse de Lyon*, 1897.

Bouilly. — C. R. de la Soc. d'Obst. Gy. et Péd., Paris, 1899.

Brindeau et Jeannin. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1909, XII, p. 169.

— *Annales de gynécologie*, 1910, p. 238.

Bull. - *Medical Record*, 1897, p. 237.

Croisier. — C. R. de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Ped. de Paris, avril, 1903.

Croste. — L'appendicite au cours de la grossesse, *thèse Paris* 1906.

Crutcher. — *Medical Record*, 1896, p. 461.

Delagenière. — *Archives provinciales de Chir.*, nov. 1913.

Dieulafoy. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898, t. II, 16e leçon.

Fellner. — Soll man vor der Appendicitis Opération die Schwan-

gerschatf beendigen oder nicht ? *thérap. d. Gegeur*, Berlin, 1906.

Frœnkel. — Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur geburtshülfe und gynekologie. *Sammlung Klinih Worträge von R von Volkmann nuce Folge*, n° 229. 1898.

Fieux. — Soc. O. P. Gynéc., 1900.

Fitz. — *Medical Record*, 1896.

Fueth. — Weber das Zusammentreffen von Graviditât mit Appendicitis und Typhlitis, *Arch. fur. Gyn.*, Bd, 76, H. 3, 1905.

— Ueber die Verlagerung des Cœcums wahrend der graviditât in Rüchsicht auf des Zusammentreffen derselben und Appendicitis, *loc. cit.*

Geuer. — Ueber die Bedentung der Perityphlitis in der Geburtshilfe und Gyné., *Monatsschr. fur. Geb. u. Gyn.*, Bd, XVI, 1902.

Hagapoff. — C. R. du XIII[e] Congrès International, volume 15, 1900.

Harrisson. — *Medical Record*, 1895, p. 29.

Heaton. — *Brit. Med. J.*, London, 1905.

Hepp. — *Bull. de la Société de l'Int. des hôpitaux de Paris*, mars 1911.

Hergott. — *Annales de Gyn.*, t. 54, 1900.

Hilton. — Appendicitis complicating the puerperium including a review of the littérature of reported cases. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1907.

Hirst. — *American J. of. Obst.*, 1896, p. 253.

Hlawacek. — Ueber complication von Schwangerschaft und geburt mit eitrigen Entründungen des weiblichen genitales und benachbarten, *Organe Monastsschr. fur. Geb. u. Gyn.*, Bd, XVI, 1897.

Iarca. — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches, *thèse de Paris*, 1898.

Jarman. — *Medical Record*, 1896.

Keiler. — Perityphlitis und graviditât. *Munch. med. Wochenschr*, 1902, XLIX.

Koenig. — Appendicitis und Geburtskülfe, *Beiträge zur. Geb. u. Gyn.*, Bd. II, 1900.

Korben. — *Société gyn.*, Dresde, 1885.

Korn. — *Ref. Zentralbt fur. gyn.*, 1885, n° 28.

Krafft. — *Rev. med. de la Suisse rom.*, 1893, n° 12.

Labhardt. — Ueber die komplication von Schwangerschaft mit Perityphlitis. *Münd med. Wochenschr*, 1904, p. 251.

Lardenois. — *S. O.*, Paris, décembre 1911.

Lediard et Sedgwick. — Append. and pregmancy. *The Lancet*, 17 décembre 1904.

Le Gendre. — *Rev. Obst. et de Ped.*, 1897, n° 112, p. 200.

Léopold. — *Ref. Zentralbl. fur. gyn.*, 1885, n° 28.

Lepage. — *Ann. de gyn.*, 1899, t. 51.

Lindner. — *Archives de Gyn. de Berlin*, 1907.

Lustz. — *Medical News*, 10 octobre 1896.

Mac Arthur. — *Américan J. Of. Obst.*, 1895, p. 185.

Marx. — *Medical Record*, 1896, p. 461.

— *American J. of. Obst.*, 1898.

Massarel. — De l'appendicite au cours de la grossesse, *Thèse Montpellier*, 1901.

Mauclaire. — C. R. de la Société d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, t. VI, 1904.

Maygrier. — Académie Médecine, 1904.

Meurer. — Sitzungsberichte der Viederländischen Gynck. Gesellschaft, 11 décembre 1904.

Mixter. — *Bost. med. and Surg. J.*, 1891, p. 97.

Monod. — C. R. de la Société d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, t. V, 1903.

Morestin. — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1911, n° 16.

Mundé. — *Med. Record*, 1894, p. 678 et 1895, p. 609.

Noble. — *American of. J. Obst.*, 1895, p. 185.

Ollivier. — *Journal de Med. de Paris*, 1904.

Otto-Falk. — *Central Black fur Gynek*, 1896, n° 17 et 1900, n° 7, p. 163.

Oui. — C. R. de la Société d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, mars 1903.

Penrose. — *Américc. J. of. Obst* , 1896, p. 253.

Pérès. — Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpuéralité, *Thèse Toulouse*, 1901.

Pénard. — L'appendicite chez la femme enceinte, *Thèse de Paris*, 1912.

Pinard. — *Clinique obstétricale*, 1899, nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. *Ann. Gyn.*, t. 53, 1900.

Porak et Lepage. — Soc. Obst. Gyn. et Péd., Paris, 1903.

Porak et Schwartz. — C. R. de Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. de 1899.

Ranzi. — *Berliner klin. Wochenschrift*, 1908, n° 1, p. 19.

Regnold. — *Medical Record*, 1896.

Renvall. — S. Rarger uber. Appendicitis Walvend. Schangerschaft und geburt, Berlin, 1908.

Rostowzew. — *Ref. Zentrabl. fur Gyn.*, 1903, p. 1229.

Routier. — *Annales gyn.*, 1911.

Segond. — C. R. de la Société d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, 1899.

Semb. — *Ref. Zentrabl fur gynek.*, 1901, n° 26.

Sintenis. — Perityphlitis und graviditât, Freiburg, 1905.

Stachler. — Appendicitis in graviditate et in puerpuerio, *Monosstchr. fur. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVI, p. 156.

— *Zentralbl. fur. gyn.*, 1909, n° 50.

Stimson. — *New.-York J.*, 1890, p. 449.

Thomasson. — *Medical Record*, 1895, p. 407.

— *Medi. Record*, 26 septembre 1896.

Tissier et Lemeland. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1905.

Tuffier. — *Revue d'Obstétrique et Pédiatrie*, Paris, 1897.

Vautrin. — *Annales de Gynécologie*, mars, 1914.

Vinay. — *Lyon medical*, 1898, n° 1.

Weber. — Appendicitis und graviditat, *Deutsche Zeitsschr. fur Chiru.*, XCIII, p. 292.

Wiggin. — *Medical Record*, 1891, p. 109.

Wineburg. — *Medical Record*, 1896, p. 461.

A. MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.